15例副乳腺浆细胞性乳腺炎的中医药临床诊治分析

10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0845

曾奕斐[1]，张董晓[2]，东浩[2]，付娜[2*]，张红凯[3]，冯硕[4]

基金项目：北京市科委首都临床诊疗技术研究及转化应用“刺络拔罐法治疗肉芽肿性乳腺炎溃后期的疗效研究”（项目编号：Z211100002921020）；北京市医院管理中心培育计划“芙蓉膏外更治疗哺乳期急性乳腺炎的临床研究”（项目编号：PZ2021011）；北京市中医管理局规划项目“ 清热解毒方治疗急性期肉芽肿性乳腺炎的疗效观察”（项目编号：JJ-2020-64）；首都医科大学2022年教育教学改革研究课题“案例教学法在中医外科学乳腺疾病临床实习中的应用研究”（项目编号2022JYY304）

1.100020，北京市，北京中医药大学
2.100010，北京市，首都医科大学附属北京中医医院乳腺科
3.100010，北京市，首都医科大学附属北京中医医院病理科
4.102618，北京市，中国中医科学院广安门医院南区
*通信作者：付娜，女，副主任医师，Email：qilian0521@126.com

【摘要】 **背景** 副乳腺浆细胞性乳腺炎临床罕见，相关报道较少，临床多易误诊漏诊，为本病的早诊早治带来极大挑战。**目的** 探讨副乳腺浆细胞性乳腺炎的临床特点、诊断方法及中医药临床疗效。**方法** 回顾性分析首都医科大学附属北京中医医院2017年01月～2021年12月收治的15例副乳腺浆细胞性乳腺炎患者的临床诊疗资料。**结果** 15例女性副乳腺浆细胞性乳腺炎患者，均好发于育龄妇女，妊娠后2～5年内多发，病因复杂，病程缠绵，发病特点与乳房部浆细胞性乳腺炎相类似，病理学检查为明确诊断的金标准。15例患者经中医内治法外治法联合治疗后，症状缓解，局部病灶消失，且随访半年无复发病例。**结论** 副乳腺浆细胞性乳腺炎临床罕见，多易误诊漏诊，临床治疗难度较高，中医药内外结合治疗副乳腺浆细胞性乳腺炎疗效显著。

【关键词】 副乳腺；浆细胞性乳腺炎；粉刺性乳痈；中医药；回顾性分析

Clinical diagnosis and treatment of 15 cases of accessory breast plasma cell mastitis with traditional Chinese medicine

ZENG Yifei[1]， ZHANG Dongxiao[2],DONG Hao[2],FU Na[2],ZHANG Hongkai[3],FENG Shuo[4]
1.Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100020, China
2.Department of Galactophore, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University，Beijing 100010, China
3.Department of Pathology, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine,, Capital Medical University， Beijing 100010, China
4.Guang'anmen Hospital Southern District, China Academy of Chinese Medical Science, Beijing, 102618, China
*Corresponding author：FU Na，associate chief physician；Email：qilian0521@126.com

【Abstract】 **Objective** To investigate the clinical characteristics, diagnostic methods and the clinical efficacy of traditional Chinese medicine (TCM) in accessory breast plasma cell mastitis. **Methods** The clinical data of 15 patients with accessory breast plasma cell mastitis (PCM) admitted to Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University from January 2017 to December 2021 were analyzed retrospectively. **Results** The 15

cases of female accessory breast PCM were all occur in women of reproductive age. The incidence of this disease was high within 2 to 5 years after gestation. The etiology was complex and the course of the disease was protracted. The characteristics of the disease were similar to those of breast PCM. Pathological examination was the gold standard for definite diagnosis. After the combination of internal and external treatment of traditional Chinese medicine, the symptoms of 15 patients were relieved, local lesions disappeared, and there was no recurrence in the follow-up for half a year. **Conclusion** Accessory breast plasma cell mastitis is rare in clinical practice, which is easy to be misdiagnosed and missed, and it is difficult to treat clinically. The combination of internal and external medicine of TCM has a significant effect on accessory breast PCM.

【Keywords】 accessory breast; plasma cell mastitis; acne mastitis; traditional Chinese medicine; retrospective analysis

浆细胞性乳腺炎（Plasma cell mastitis，PCM）又称乳腺导管扩张症，属中医学“粉刺性乳痈”范畴，是发生于乳房部位的慢性、非细菌性乳腺炎症病变，病理基础为导管扩张、浆细胞浸润。临床上多以乳晕区肿块伴局部皮肤红肿疼痛为主要表现，可进一步发展为脓肿、瘘管[1]。而副乳腺是临床上常见的多乳畸形，可以隐藏数年，在妊娠及哺乳期，由于女性体内激素水平紊乱，过多的雌激素、孕激素和催乳素作用于副乳腺组织，致使副乳腺形成发育态势。临床上副乳腺病变多见于合并乳腺癌及纤维腺瘤等,合并浆细胞性乳腺炎临床罕见报道，导致临床医师对本病的临床表现、诊断方法及治疗认识不足，极易误诊漏诊，病程迁延。

现代医学对于本病的发病机制尚不十分明确，乳房部PCM多认为与乳管内分泌物积聚相关[2]，此外可能与自身免疫反应、内分泌失调、吸烟等因素存在相关性[3-4]，这些致病因素同样可能作用于副乳腺组织，导致副乳腺发病；中医则认为乳房部PCM与乳头凹陷畸形密切相关，发生于副乳腺部位的PCM，则可能由于副乳腺的发育不良或畸形诱发，同时受外感六淫的刺激而发病，主要病机为肝郁痰凝血瘀[5-6]。

目前西医治疗PCM的主要手段为手术干预[7]，但其手术时机尚存在争议，且术后仍易复发；中医药治疗浆细胞性乳腺炎以分期论治为原则[8]，重视辨证论治、标本兼治，展现出疗效显著、副作用较少的优势[9]。因而，本文通过回顾15例副乳腺浆细胞性乳腺炎患者的临床诊疗资料，分析本病的发病特点，以及临床误诊漏诊原因，探讨中医药治疗本病的诊疗方法及临床疗效，以期为副乳腺PCM的临床诊断与治疗提供参考。现报告如下。

1　资料及方法

1.1　一般资料

我院2017年01月～至2021年12月共收治副乳腺浆细胞性乳腺炎15例，均为女性，年龄范围为28～36岁，平均年龄32.07岁，均已婚育，末次妊娠时间距发病时间为2～5年，平均2.89年。均以腋下肿块，伴或不伴红肿疼痛为主诉就诊，既往病史1～9个月不等。3例患者出现过体温升高，5例患者曾早期应用抗生素治疗，可一定程度缓解局部红肿疼痛，但停药后均病情反复。发病部位在左侧副乳腺者9例，右侧6例；13例为单纯副乳腺浆细胞性乳腺炎，2例为单侧浆细胞性乳腺炎合并副乳腺浆细胞性乳腺炎。15例患者副乳腺发育均不完整，发育程度各异，以腺体组织为主，多数病例仅可见轻微乳头乳晕痕迹。可能相关的发病诱因统计显示，既往存在哺乳障碍史者11例，发病前副乳腺局部遭受不同程度钝性外力刺激者7例，情绪异常变化者（包括抑郁、焦虑、易怒等）5例，睡眠障碍者6例，月经不规律者6例。家族成员中存在乳腺良恶性疾病史者2例，分别为母亲、姑妈乳腺癌病史。（见表1）

表 1. 15 例副乳腺浆细胞性乳腺炎患者临床特征比较

Table1. Comparison of clinical characteristics of 15 patients with accessory breast plasma cell mastitis

病例编号	年龄（岁）	最小孩子年龄（岁）	首发症状	发病位置	临床表现及体征	副乳腺发育情况	初始诊断	超声表现	病理诊断	病程（月）	预后
1	35	2	腋下肿块红肿疼痛	左侧腋窝	局部皮肤红肿，伴明显疼痛	发育不良，仅有乳头乳晕痕迹	副乳腺浆细胞性乳腺炎	左腋下副乳混合性回声灶，炎症？	阳性	8	良好
2	32	4+	腋下肿块	右侧腋窝	局部皮肤轻微红肿，无明显疼痛	发育不良，可见乳头痕迹	副乳腺纤维腺瘤	右腋下副乳无回声灶	阳性	6	良好
3	28	3	腋下肿块红肿疼痛	左侧腋窝	肿块疼痛剧烈，局部波动感明显	发育不良，可见乳头乳晕痕迹	副乳腺癌	左腋下副乳混合性回声灶，炎症伴脓肿形成	阳性	7	良好
4	31	2	腋下肿块	左侧腋窝及乳腺	肿块轻微红肿，无明显疼痛	发育不良，可见乳头	副乳腺纤维腺瘤	左腋下副乳低回声区	阳性	5	良好
5	36	3+	腋下肿块红肿疼痛	左侧腋窝	肿块范围较大，疼痛拒按，疮顶波动感明显，体温升高	发育不良，仅有乳头乳晕痕迹	炎性包块	左腋下副乳混合性回声灶，炎症伴脓肿形成	阳性	8	良好
6	29	3	腋下肿块红肿疼痛	右侧腋窝	肿块红肿疼痛明显，局部轻微波动感	发育不良，可见乳头	副乳腺浆细胞性乳腺炎	右腋下副乳混合性回声灶，炎症伴脓肿形成	阳性	9	良好
7	35	2	腋下肿块红肿疼痛	右侧腋窝	肿块疼痛拒按，波动感明显，局部破溃流脓	发育不良，仅有乳头乳晕痕迹	副乳腺结核	右腋下副乳混合性回声灶，炎症？	阳性	7	良好
8	33	5	腋下肿块	左侧腋窝	肿块红肿，无明显疼痛	发育不良，仅轻微乳头痕迹	副乳腺纤维腺瘤	左腋下副乳无回声灶	阳性	5	良好
9	28	2+	腋下肿块红肿疼痛	左侧腋窝及乳腺	肿块疼痛拒按，皮色暗，波动感明显，乳房部肿块已破溃，体温升高	发育不良，仅有乳头乳晕痕迹	副乳腺浆细胞性乳腺炎	左腋下副乳混合性回声灶，炎症伴脓肿形成	阳性	11	良好
10	34	2	腋下肿块红肿疼痛	右侧腋窝	肿块红肿明显，疼痛拒按，局部破溃	发育不良，可见乳头	炎性包块	右腋下副乳无回声区，炎症？	阳性	9	良好
11	35	3+	腋下肿块	左侧腋窝	肿块轻微红肿，无明显疼痛	发育不良，可见乳头	副乳腺纤维腺瘤	左腋下副乳低回声及无回声区	阳性	6	良好
12	32	3+	腋下肿块红肿疼痛	左侧腋窝	肿块红肿明显，疼痛拒按，局部破溃	发育不良，可见乳头	副乳腺结核	左腋下副乳混合性回声灶，炎症伴脓肿形成	阳性	4	良好
13	29	2	腋下肿块	右侧腋窝	肿块无明显红肿疼痛，质韧硬	发育不良，仅有乳头乳晕痕迹	副乳腺癌	右腋下副乳混合性回声灶	阳性	8	良好
14	30	3+	腋下肿块红肿疼痛	左侧腋窝	肿块红肿疼痛明显，局部波动感明显，体温升高	发育不良，仅有乳头乳晕痕迹	副乳腺浆细胞性乳腺炎	左腋下副乳无回声灶，炎症伴脓肿形成	阳性	9	良好
15	34	5	腋下肿块	左侧腋窝	肿块质较硬，无明显红肿疼痛	发育不良，仅有乳头乳晕痕迹	副乳腺癌	左腋下副乳混合性回声灶	阳性	7	良好

1.2 诊断方法

首次就诊主要根据患者局部临床表现、反复发作的病史，包括局部外伤史、情绪刺激史等可能诱因，以及部分患者既往浆细胞性乳腺炎病史，辅以乳腺及腋窝部彩色多普勒超声进行初步诊断[10]。15例患者早期均行乳腺及腋窝部彩色多普勒超声检查，肿块期患者局部超声主要表现为腋下副乳混合性回声灶或无回声灶，病灶形态不规则，边界不清，包膜不明显，与炎症表现相类似；溃脓期、脓肿期肿块局部超声探头加压可见明显流动感，病灶累及范围较广，边界不清，无明显血流信号。

明确诊断主要通过局部组织穿刺病理学检查，病理学检查是诊断非哺乳期乳腺炎的金标准[7]。15例患者均予以局部组织穿刺病理学检查，病理报告均符合副乳腺组织浆细胞性乳腺炎表现。临床行局部组织穿刺检查时应尤其注意穿刺部位及穿刺时机，避免穿刺出血及穿刺部位在后期疾病进展中形成窦道，为后续治疗带来一定麻烦。

1.3 治疗方法

15例患者均采取中医药辨证论治、分期论治的治疗原则，内外兼治，以疏肝活血、清热解毒为主要治疗原则，予以内服疏肝清热、活血消肿中药复方，同时结合外敷活血化瘀、散结消肿中药药膏。

内服中药组方选用柴胡清肝汤为基础，结合临床辨证论治及疾病分期加减药物组成。其中在疾病肿块期红肿疼痛明显阶段，可重用白花蛇舌草、蒲公英等清热解毒药，以散结消肿，及时阻断病情发展、缓解局部症状。但同时要注意固护脾胃、中病即止，过用寒凉药不但使病灶僵化、延长治疗时间，还会损伤脾胃。本病往往病情缠绵，易反复发作，治疗周期较长，僵块期肿块经久难消，因此在采用中医药内治法为主辨证论治的基础上，同时配合外治法，内外兼治，增强清热解毒的中药的局部功效。临床具体应用时，依据疾病分期以及病灶的范围等原则，灵活应用垫棉绑缚法、中药敷贴、刺络拔罐、消化膏外敷等中医特色外治方法。其中肿块期红肿疼痛明显者可外敷芙蓉膏；若治疗后局部出现僵块，难消难散，可采用铁箍散配合复方化毒膏外敷，并配合中药湿热敷活血化瘀散结。

2 治疗结果

15例患者均依据中医辨证论治，制定总体以疏肝活血、清热解毒为主要治则，又相对独立的个体化诊疗方案，予以系统的中医药内治、外治法结合治疗，标本兼治，治疗周期为2～8个月不等。治疗后15例患者局部肿块均明显缩小至消失，红肿疼痛显著缓解，成脓破溃者则创口脓尽缓慢愈合，副乳腺局部病灶消失，超声提示无病灶区域，临床疗效显著。随访半年，无复发病例。

3 讨论

3.1 副乳腺浆细胞性乳腺炎发病特点及病因分析

副乳腺是一种先天性乳腺发育异常，人群中副乳腺的发生率为1%～6%[11]，副乳腺浆细胞性乳腺炎则更为罕见，其发生率则约占全部浆细胞性乳腺炎的0.2%～0.6%。本文报道女性副乳腺浆细胞性乳腺炎15例，占我院同期接诊的浆细胞性乳腺炎患者的0.30%（15/5000）。从回顾性临床分析看，本病男性罕见，多发于育龄女性，平均发病年龄约32岁，妊娠后2～5年内多发，左右侧副乳腺发病无明显差异，以副乳腺浆细胞性乳腺炎单发多见，个别为同侧乳腺、副乳同时发病，提示副乳腺浆细胞性乳腺炎可以与同侧乳腺同时发病或单独发病。在临床上，因本病发病率极其低，且大多副乳腺发育不完全、发病部位不定，在体格检查中最易漏诊或误诊，尽管结合乳腺超声、钼靶、MRI等影像学检查，也不容易及时明确诊断[12-13]，且不同类型的浆细胞性乳腺炎在不同影像学检查结果中较难区分[14]。

本病的病因尚不十分明确，现代医学多认为主要为体内激素水平变化影响为主，同时存在多方面因素共同影响，分化出腺体组织的副乳腺可同正常乳腺组织一样受内分泌激素的直接影响，导致乳管内分泌物增多、积聚，使局部乳管阻塞而发病[15]。本次统计15例患者均为妊娠后5年内发病，且有11例存在既往哺乳障碍史，应考虑为妊娠所致激素水平剧烈变化，同时由于哺乳不畅，乳汁淤积于乳管，造成局部阻塞，导致机体发生炎症免疫反应。除此之外，局部钝性外伤史、情绪及睡眠异常、月经不调等因素，均可能在不同程度上影响本病的发病（图1）。

结合既往文献研究分析认为，副乳腺浆细胞性乳腺炎的发病主要与以下因素存在相关性：（1）副乳腺发育不良，组织结构紊乱；（2）体内激素水平变化（妊娠、哺乳等），乳管内分泌物增多，导致乳管

阻塞，引发机体炎症免疫反应[16]；（3）自身免疫功能受损，可能与近期情绪波动，工作压力过大，长期睡眠不足等因素相关；（4）副乳腺局部遭受钝性外伤刺激；（5）可能与细菌感染，尤其是厌氧菌、结核菌感染相关[17]；（6）剧烈情绪刺激史等。

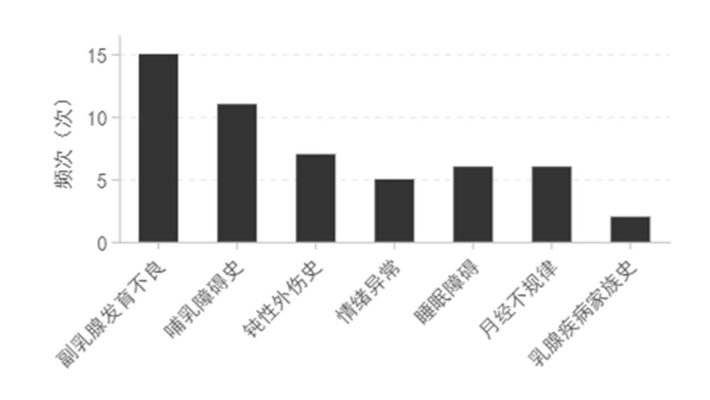


图1　15例患者可能相关的发病诱因频次图

Figure1　Chart of the frequency of possible precipitating factor for 15 patients

3.2　副乳腺浆细胞性乳腺炎的临床治疗

对于副乳腺浆细胞性乳腺炎的临床治疗，其原则与乳腺部位浆细胞性乳腺炎的治疗原则相一致，同时应考虑到副乳腺特殊解剖部位对于治疗手段包括手术、外治法等的影响。由于PCM自愈率低，病情缠绵反复，西医认为手术切除病灶是目前治疗本病最为彻底有效的方法[18]，术式的选择包括乳管切除术、乳腺区段切除术、乳房单纯切除术等[19]，但术后复发率较高；或者早期联合应用抗生素以及糖皮质激素，但临床效果不显。本报告15例患者中，5例早期予以抗生素，虽局部红肿疼痛暂时性缓解，但其远期疗效不佳，后期患者病情反复，在一定程度上延长了疾病进程。因而，基于PCM的临床治疗现状，多数学者支持采用中西医结合疗法治疗本病，利用中药清热解毒、疏肝活血、化痰散结的功效，发挥中医药的优势，通过辨证施治在疾病不同发展阶段分期论治，以达显著临床疗效，尽量避免手术干预。

中医认为本病属“粉刺性乳痈”范畴，病机复杂，总属由实转虚，疾病早期多为实证、阳证，发展至后期局部肿块成脓、破溃，耗伤气血，多为虚证、阴证[20-21]。本病发病初期为肿块期，多表现为局部肿块伴红肿疼痛，全身症状较轻，为肝郁气滞痰凝，郁久则化热，辨证为实证[22]；随疾病进展，局部肿块腐肉成脓，局部皮肤波动感明显，全身症状渐重，为成脓期，为肝胃郁热，热毒炽盛，为实证进展；病情后期为溃脓期，脓液溃破，形成瘘管、窦道，局部乳房僵块，质硬难消，此期可伴有月经量少等气血虚弱的表现，辨为气血亏虚、脾肾阳虚、冲任失调，与寒邪、痰湿密切相关，为虚证。因而，本病在临床治疗时宜辨清虚实，分期论治，随证治之[23-24]。

因此临床在治疗本病时，可选用中医内治、外治法联合的治疗方案。内治法以辨证论治、分期论治为主要治疗原则，肿块期肝郁痰热，为实证，治宜疏肝解毒、化痰散结，红肿明显者可酌情重用清热解毒药物；成脓期正邪交争，治宜清热解毒透脓为主；溃脓期正气虚弱，为虚证，易采用托里排毒之法，重视温补气血、固护脾胃[25]。外治法则在肿块形成初中期，选用局部外敷芙蓉膏或铁箍散联合化毒膏；中后期局部肿块成脓，局部波动明显者，可予以穿刺抽脓，后期僵块期可用紫色消肿膏外敷，配合中药溻热敷结合本病发病部位解剖结构及疾病进展过程，一般不建议采取手术方式，包括局部肿块切除或切开引流术，溃破的创口内应用药条引流也很难达到加速愈合的目的。

3.3　临床易误诊漏诊的原因

临床上，分化出的副乳腺组织可以发生与正常乳腺组织相同的良恶性疾病，如增生、囊肿[26]、腺瘤[27]、副乳腺癌等[28]，其鉴别诊断具有一定难度，文献报道非哺乳期乳腺炎临床误诊率可高达40%[29]，而副乳腺浆细胞性乳腺炎在临床上更为罕见，国内外乳腺专著对于副乳腺浆细胞性乳腺炎罕有报道，副乳腺发育程度的差异性较大，发病位置相对不固定，医师在临床经验上的相对欠缺，均导致了本病更高的临床误

诊漏诊率。临床单侧发生的、无乳头的副乳腺常因忽视及认识不足被误诊为皮肤包块、慢性炎症、淋巴结结核，甚至恶性肿瘤等[30-31]；特别是在疾病临床无特异性症状时，影像检查甚至组织病理学上也容易误诊[32]。因而，应高度重视本病的临床误诊漏诊，进而要求临床医师：（1）加强业务学习，提高专业素质，全面掌握本专业及相关专业基础知识、临床特点，注重疾病的鉴别诊断；（2）重视各种辅助检查,同时应结合临床综合分析，作出正确判断；（3）特殊部位的发病应提高警惕，详细询问病史，综合分析判断。

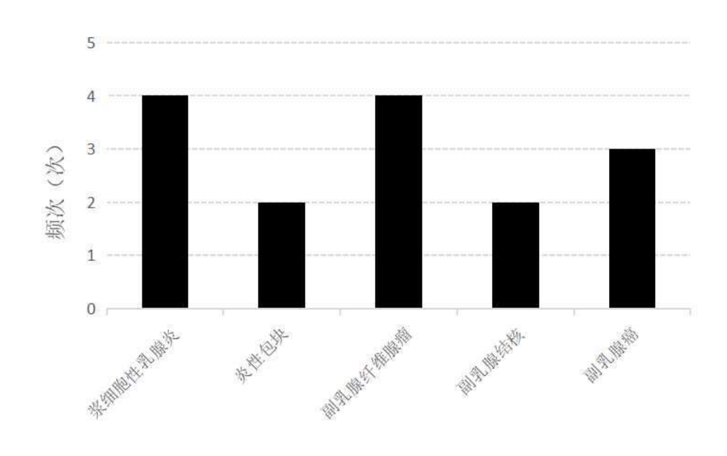


图2　15例患者初始诊断频次图

Figure2　Initial diagnosis frequency of 15 patients

3.4　早期预防及调护

结合文献病例报道及本报告的15例患者的发病特点，本病发病及病情进展与患者的生活状态直接相关。首先，本报告15例患者均为妊娠2～5年内发病，表明本病的发生与育龄期女性哺乳期乳汁淤积、体内激素水平变化等因素密切相关，高危女性人群应提高重视程度，哺乳期保持乳汁通畅，及时进行自我检查，避免局部外伤刺激；其次是情绪调节，本病虽为乳房良性病变，但病情长、易反复，治愈往往需要3月至1年的时间，早期患者易因因情志不畅而肝郁气滞，久则气郁化火，灼津为痰，影响疾病进展，因而应提醒患者避免情绪焦虑和紧张，保持心情愉快，有益于肝气条达，同时促进体内激素水平调节平衡，促进疾病向愈[33]；最后，在饮食上保证营养均衡，应少食过于寒凉辛辣食物，尤其是用药期间，同时应保证充足的睡眠，且适当运动。中医认为“正气存内，邪不可干”，保持良好的身心状态，正气充足，可驱散邪气，促进早日痊愈。

4　结论

副乳腺浆细胞性乳腺炎临床罕见，其发病特点与发生于乳房部位的浆细胞性乳腺炎相类似，均好发于育龄妇女，于妊娠后2～5年内多发，多为单侧发病，双侧无显著差异，可与乳房部PCM同时发病，亦可单独发病。其病因较为复杂，可能与副乳腺发育不良、妊娠、哺乳导致体内激素紊乱、自身免疫反应、钝性外伤、细菌感染等因素相关。由于副乳腺发育程度的差异性较大，临床医师对疾病的相关认识及诊疗经验不足，导致临床多易误诊漏诊，在诊断上，早期多通过临床表现及超声影像学检查初步诊断，穿刺病理学检查可明确诊断。本病病程绵长，易反复发作，为临床诊疗带来较大挑战，临床可采用中西医结合治疗，中医药内外结合治疗副乳腺浆细胞性乳腺炎具有疗效显著、副作用小、不易复发的优势，可于临床推广应用。

作者贡献：曾奕斐负责病例资料的收集和整理，并撰写论文初稿；张董晓负责论文的修订；东浩负责患者的诊治和临床资料的提供；付娜负责文章的质量控制及审校，对文章整体负责；张红凯、冯硕负责文章的修改和定稿；所有作者确认了论文的最终稿。

利益冲突情况：本文无利益冲突。

参考文献

[1] 于淼,万华,姜晓燕,吴雪卿,邵士君,瞿文超.119例粉刺性乳痈的临床症状分析[J].中国医药导刊,2017,19(06):543-544.

[2] 杨兴霞,武彪.浆细胞性乳腺炎的诊治进展[J].中华乳腺病杂志(电子版),2015,9(02):115-118.
[3] Dong Y, Yu JJ, Shibahara Y, Lu HS, He HY, Liu JD, Chen SF, Wang L, Zhang Y, Felizola SJ, Chan MS, Ono K, Ishida T, Ohuchi N, Sasano H. Intercellular adhesion molecule 1/2 and E-selectin in plasma cell mastitis: immunohistochemical study of 35 cases. Hum Pathol. 2014 Mar;45(3):606-10.
[4] Liu L, Zhou F, Wang P, Yu L, Ma Z, Li Y, Gao D, Zhang Q, Li L, Yu Z. Periductal Mastitis: An Inflammatory Disease Related to Bacterial Infection and Consequent Immune Responses? Mediators Inflamm. 2017;2017:5309081.
[5] 付娜,吕培文,黄巧,赵文洁,东浩,张董晓.吕培文教授以“消、托、补”三法论治粉刺性乳痈的经验[J].中国医药导报,2021,18(06):157-160.
[6] 金琳莹,殷玉莲,潘玲婷,沈梦菲,程亦勤.程亦勤辨治粉刺性乳痈经验[J].上海中医药杂志,2019,53(06):31-33.DOI:10.16305/j.1007-1334.2019.06.008.
[7] 周飞,刘璐,余之刚.非哺乳期乳腺炎诊治专家共识[J].中国实用外科杂志,2016,36(07):755-758.
[8] 赵卫兵,郑丽,张晓军.分期辨证内外合治治疗浆细胞乳腺炎134例[J].世界中西医结合杂志,2015,10(10):1427-1429.DOI:10.13935/j.cnki.sjzx.151030.
[9] 张爱琴,张董晓,付娜,赵文洁,王海燕.粉刺性乳痈的中医治疗研究进展[J].山西中医,2022,38(05):66-68.
[10] 陈欣,王芳,红华,王玉敏,李静,孙跃.超声造影在浆细胞性乳腺炎诊断中的应用价值[J].内蒙古医学杂志,2022,54(05):551-554.
[11] 张保宁.乳腺肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2013:14.
[12] 王雅婷,刘雪梅.超声诊断副乳腺伴浆细胞性乳腺炎不同超声分型4例[J].中国临床医学影像杂志,2021,32(04):293-294.
[13] 阮家佶,陈小霜,苏静君,娄琪玚.超声对肿块型浆细胞性乳腺炎与浸润性导管癌的鉴别诊断价值[J].中国超声医学杂志,2022,38(09):984-987.
[14] 王煜.超声、CT、MRI在不同类型浆细胞性乳腺炎中的诊断效果对比研究[J].黑龙江医学,2022,46(03):309-312.
[15] Lee SR, Lee SG, Byun GY, Kim MJ, Koo BH. Axillary Accessory Breast: Optimal Time for Operation. Aesthetic Plast Surg. 2018 Oct;42(5):1231-1243.
[16] 邢梦盈,徐华国,张洁心.浆细胞性乳腺炎的病因与诊断的研究进展[J].国际检验医学杂志,2020,41(16):2008-2011.
[17] 唐文,何山,郑轲,等.浆细胞性乳腺炎的临床研究[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2008, 22(11): 810-811.
[18] 沈梦菲,程亦勤.中医药综合疗法治疗腋部副乳腺肉芽肿性炎验案一则[J].国际中医中药杂志,2022,44(03):350-351.
[19] 耿翠芝,吴祥德.浆细胞性乳腺炎的诊断与治疗[J].中华乳腺病杂志(电子版),2008,(01):20-23.
[20] 李书琪,付娜,高畅,张董晓,吕培文.燕京外科名家外治经验在浆细胞性乳腺炎溃面治疗上的应用[J].北京中医药,2020,39(12):1252-1256.
[21] 朱艳萍.吕培文治疗浆细胞性乳腺炎的临床经验[J].北京中医药,2016,35(11):1033-1034.
[22] 梁欢,张董晓,孙宇建,付娜,谢芳,东浩,王纯,高茜,黄巧,赵文洁.从中医“痰邪致病”理论看肉芽肿性小叶性乳腺炎发病[J].北京中医药大学学报,2018,41(10):808-811.
[23] 王聪,姚昶,许岩磊,许芝银.非哺乳期乳腺炎的中医辨证思路[J].中华中医药杂志,2022,37(03):1494-1496.
[24] 杨艳娥,魏清琳,王涛,杨镒名,万广能.中医治疗浆细胞性乳腺炎的研究进展[J].智慧健康,2022,8(02):39-42.

[25] 郑丽,蔡兴娟,张晓军.消痈散结汤内外共用治疗破溃期浆细胞性乳腺炎64例疗效观察[J].北京中医药,2022,41(07):802-804.DOI:10.16025/j.1674-1307.2022.07.025.
[26] Isik A, Karavas E, Firat D. Spontaneous milk fistula from an axillary accessory breast. Breast J. 2019 Jan;25(1):154.
[27] Yefter ET, Shibiru YA. Fibroadenoma in axillary accessory breast tissue: a case report. J Med Case Rep. 2022 Sep 8;16(1):341.
[28] Sinduja R, Kumaran R, Sundaramurthi S, Krishnaraj B, Sistla SC. Carcinoma of the Accessory Axillary Breast: A Diagnostic Dilemma and a Management Challenge. Cureus. 2020 Dec 2;12(12):e11844.
[29] KONG C,ZHANG C,WU Y,et al.The expression and meaning of CD68,CD163,CD57,and Ig G4 in granulomatous lobular mastitis[J].Gland Surg,2020,9(4):936-949.
[30] 郭瑞,祝东升,李巍,钟馨,李以良,周清缘,舒国发,黄思瑶.副乳肉芽肿性乳腺炎误诊报告并诊治反思[J].临床误诊误治,2020,33(05):12-17.
[31] 张梦,刘莹,张冉,成芳.副乳腺癌23例临床病理特点及预后分析[J].中华肿瘤防治杂志,2018,25(02):131-134+139.
[32] 王翔,王慧.副乳腺癌诊断与治疗[J].中国实用外科杂志,2013,33(03):236-237+240.
[33] 张媛凤,谢鸣,钱梦.泌乳素——女性肝郁证一个潜在的生物表征物[J].北京中医药大学学报,2017,40(02):98-102.